

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912 — N° 31.

---

DE LA NATURE  
DES  
**TROUBLES DIGESTIFS**

DANS LES HERNIES ÉPIGASTRIQUES

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 décembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Pierre CUINET**

EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE BESANCON

Né à Lons-le-Saulnier, le 28 mai 1883.



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1911



DE LA NATURE  
DES  
TROUBLES DIGESTIFS  
DANS LES HERNIES ÉPIGASTRIQUES



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912 — N° 31.

---

DE LA NATURE

DES

# TROUBLES DIGESTIFS

DANS LES HERNIES ÉPIGASTRIQUES

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 décembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Pierre CUINET**

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE BESANÇON

Né à Lons-le-Saulnier, le 28 mai 1885.



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1911

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. . . . . DOYEN.  
J. COURMONT . . . . . ASSESSEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,  
LÉPINE, PIERRET

## PROFESSEURS

|                                                          |   |                 |
|----------------------------------------------------------|---|-----------------|
| Cliniques médicales . . . . .                            | } | MM. TEISSIER.   |
| Cliniques chirurgicales. . . . .                         |   | ROQUE.          |
| Clinique obstétricale et Accouchements. . . . .          |   | BARD.           |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                       |   | PONCET.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . . |   | JABOULAY.       |
| Clinique des maladies mentales . . . . .                 |   | FABRE.          |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .              |   | ROLLET.         |
| Clinique des maladies des femmes . . . . .               |   | NICOLAS.        |
| Physique médicale. . . . .                               |   | X...            |
| Chimie médicale et pharmaceutique. . . . .               |   | WEILL.          |
| Chimie organique et Toxicologie. . . . .                 |   | POLLOSSON (A.). |
| Matière médicale et Botanique . . . . .                  |   | CLUZET.         |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale . . . . .   |   | HUGOUNENQ.      |
| Anatomie . . . . .                                       |   | MOREL.          |
| Anatomie générale et Histologie. . . . .                 |   | BEAUVISAGE      |
| Physiologie . . . . .                                    |   | GUIART.         |
| Pathologie interne. . . . .                              |   | TESTUT.         |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .           |   | RENAUT.         |
| Anatomie pathologique . . . . .                          |   | MORAT.          |
| Médecine opératoire. . . . .                             |   | COLLET.         |
| Médecine expérimentale et comparée. . . . .              |   | COURMONT (P.)   |
| Médecine légale. . . . .                                 |   | PAVIOT.         |
| Hygiène. . . . .                                         |   | POLLOSSON (M.)  |
| Thérapeutique. . . . .                                   |   | X...            |
| Pharmacologie . . . . .                                  |   | LACASSAGNE.     |
|                                                          |   | COURMONT (J.)   |
|                                                          |   | PIC.            |
|                                                          |   | FLORENCE.       |

## PROFESSEURS ADJOINTS

|                                                      |            |
|------------------------------------------------------|------------|
| Physiologie, cours complémentaire. . . . .           | MM. DOYON. |
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx . . . . . | LANNOIS.   |
| Pathologie externe . . . . .                         | VALLAS.    |
| Maladies des voies urinaires. . . . .                | ROCHET.    |

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                        |                 |         |
|----------------------------------------|-----------------|---------|
| Chimie minérale . . . . .              | MM. BARRAL,     | agréga. |
| Propédeutique chirurgicale . . . . .   | BERARD,         | —       |
| Propédeutique de gynécologie . . . . . | CONDAMIN,       | —       |
| Chirurgie infantile. . . . .           | NOVE-JOSSERAND. | —       |
| Accouchements . . . . .                | COMMANDEUR,     | —       |
| Matière médicale . . . . .             | MOREAU,         | —       |
| Embryologie. . . . .                   | REGAUD,         | —       |
| Anatomie topographique. . . . .        | PATEL,          | —       |
| Botanique . . . . .                    | BRETIN.         | —       |
| Chirurgie expérimentale. . . . .       | VILLARD.        | —       |
| Clinique infantile . . . . .           | MOURIQUAND.     | —       |

## AGRÉGÉS

|                |               |            |               |
|----------------|---------------|------------|---------------|
| MM.            | MM.           | MM.        | MM.           |
| SAMBU.         | J. LÉPINE.    | LATARJET,  | MOURIQUAND.   |
| REGAUD.        | LESIEUR.      | BRETIN.    | ARLOING (F.). |
| COMMANDEUR.    | MARTIN (EL.). | LERICHE.   | GUILEMARD.    |
| GAYET.         | LAROYENNE.    | THEVENOT.  |               |
| NEVEU-LEMAIRE. | VORON.        | TAVERNIER. |               |
| PATEL.         | NOGIER.       | CADE.      |               |

M. BAYLE, Secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. A. PONCET, Président ; M. ROLLET, Assesseur ;  
MM. CADE et THÉVENOT, Agrégés.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

1 CT

*A mon Président de thèse*

Monsieur le Professeur ANTOINE PONCET

Professeur de clinique chirurgicale  
Associé national de l'Académie de médecine  
Officier de la Légion d'honneur

A Monsieur le Professeur BÉRARD

Professeur agrégé à la Faculté.

A Monsieur le Docteur LERICHE

Professeur agrégé à la Faculté  
Assistant du Professeur A. PONCET

A MES MAITRES DE LYON

A MES MAITRES DE BESANÇON

## INTRODUCTION

---

Parmi les hernies de la ligne blanche de l'abdomen, les hernies épigastriques offrent cet intérêt tout particulier à cause des troubles digestifs qui les accompagnent et des discussions dont ces troubles ont été l'objet.

Depuis longtemps déjà ces troubles fonctionnels avaient attiré, par leur intensité, l'attention des médecins et chirurgiens qu'ils intéressent également.

Camerarines et Fabrici de Helden font déjà mention de la hernie épigastrique et des troubles qui l'accompagnent.

En 1743, Garengot, dans son mémoire célèbre à l'Académie royale de Chirurgie sur « plusieurs hernies singulières », décrit les troubles digestifs dus à des tumeurs herniaires réductibles situées entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic.

Pour lui, l'estomac est l'hôte habituel de cette hernie et la cause des troubles observés. Cette opinion, reprise par Pipelet, fut vivement combattue par Gunz, de Leipzig, Brandi, et plus tard Richter.

Mais si ces auteurs discutent sur le contenu de la hernie, tous reconnaissent l'intensité des troubles dyspeptiques qu'elle provoque et les difficultés de diagnostic qu'elle comporte.

Maunoir, de Genève, intervient le premier pour une hernie épigastrique avec troubles digestifs intenses. Scarpa, Cruveilhier, Vidal, de Cassis, décrivent soigneusement les symptômes de cette affection. Avec l'ère antiseptique, la hernie épigastrique entre définitivement dans le domaine de la chirurgie : Lucas-Championnière, Terrier, s'occupent spécialement de la cure radicale de cette hernie et inspirent les thèses de Chailloux (1894) et Lebœuf (1897).

Malgré ces différents travaux, la pathogénie reste cependant assez vague. La plupart des auteurs, avec Lucas-Championnière, considèrent ces symptômes comme « des accidents de nature réflexe très spéciale, et qui ne peuvent, de toute évidence, céder qu'à la destruction de la hernie elle-même ».

D'autres auteurs les expliquent par des tiraillements s'effectuant sur la grande courbure de l'estomac par l'intermédiaire de l'épiploon adhérent à l'estomac et au sac herniaire.

Telles sont résumées, en quelques mots, les théories classiques sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

Nous voudrions montrer, dans cette étude, qu'à côté de ces théories, il y a place pour une autre explication attribuant ces troubles à une affection organique de l'estomac méconnue trop souvent. Cette façon d'envisager la question est de date assez récente.

Capelle, assistant de Garré, dans un long travail, a attiré, l'un des premiers, l'attention des chirurgiens sur les lésions gastriques dans les hernies épigastriques. La conclusion de son mémoire est qu'il y a lieu de penser que les prétendus troubles réflexes des hernies épi-

gastriques sont assez souvent dus à des altérations anatomiques de l'estomac.

MM. Bérard et Leriche ont rapporté récemment des observations qui confirment les conclusions du travail de Capelle.

Sur les conseils de M. Leriche, nous avons entrepris dans cette thèse d'exposer cette pathogénie nouvelle des troubles digestifs dans les hernies épigastriques et de montrer les conclusions thérapeutiques qui en découlent.

Dans un premier chapitre, nous ferons l'étude clinique des troubles digestifs dans la hernie épigastrique.

Nous verrons ensuite les différentes théories qui ont été proposées pour expliquer ces troubles.

Dans un troisième chapitre, nous exposerons les raisons qui militent en faveur de l'hypothèse qui fait jouer un rôle aux affections organiques de l'estomac dans la genèse de ces symptômes fonctionnels.

Nous terminerons par l'exposé des conclusions thérapeutiques qui nous paraissent devoir en résulter.

Mais avant de commencer ce travail, nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance à M. le professeur agrégé Leriche, qui a bien voulu nous fournir le sujet de cette thèse et nous aider de ses précieux conseils. Qu'il veuille bien recevoir ici l'hommage de nos remerciements émus.

M. le professeur agrégé Bérard, chirurgien des hôpitaux, a bien voulu nous communiquer deux observations. Nous le prions de vouloir bien agréer notre vive et respectueuse gratitude.



## CHAPITRE PREMIER

---

Les troubles digestifs au cours des hernies épigastriques ne sont pas dans la grande majorité des cas en rapport avec le volume de la hernie : souvent ce sont les petites hernies qui causent le plus de troubles. Ceux-ci consistent en crises gastralgiques violentes dont les deux principaux éléments sont la douleur et les vomissements.

Étudions d'abord la douleur.

Ses caractères sont très variables : quelquefois elle se borne à une simple sensation de pesanteur au creux de l'estomac ou de tiraillements, d'autres fois ce sont des crampes très douloureuses. Elles peuvent s'irradier aux lombes, aux parois abdominales et thoraciques. Souvent elles surviennent quelques heures après le repas, durent une heure ou deux puis se calment ; mais elles peuvent persister même dans l'intervalle des repas. Quelques malades sont calmés par l'ingestion des aliments.

Les moindres efforts les exagèrent : le repos au lit les diminue souvent.

Les vomissements présentent comme les douleurs une physionomie des plus variables : on peut voir de simples vomissements bilieux après le repas, mais souvent ce sont des vomissements franchement alimen-

taires, le malade rejetant ce qu'il a ingéré quelques heures auparavant. On note dans certains cas des hématomèses d'abondance variable. Les nausées, les éructations acides ne sont pas rares.

Le vomissement calme souvent la douleur et termine la crise, mais il se produit aussi souvent sans soulagement notable. La fréquence des vomissements est variable : ils peuvent survenir tous les deux ou trois jours, ou bien tous les jours une heure ou deux après le repas. Cette fréquence est quelquefois telle qu'ils simulent les vomissements incoercibles. Un malade opéré par Agostinelli avait jusqu'à 17 vomissements par jour.

Le chimisme stomacal a souvent été fait (Capelle, Clérico) et montre dans la plupart des cas une diminution ou une augmentation de l'acide chlorydrique, avec ou sans acide lactique. Capelle a souvent noté un peu de rétention stomacale.

Du côté de l'intestin, il est fréquent de rencontrer soit de la constipation, soit des crises diarrhéiques abondantes.

Quelquefois les selles sont noirâtres, couleur marc de café.

Ces troubles digestifs augmentent peu à peu : le malade a du dégoût pour les aliments, perd l'appétit et pour éviter douleurs et vomissements, il restreint de plus en plus son alimentation. Tous ces troubles retentissent singulièrement sur l'état général : le malade maigrit, perd ses forces et s'achemine vers la cachexie.

Nous faisons remarquer, dès à présent, combien ce syndrome gastro-intestinal ressemble aux signes fonc-

tionnels d'une affection organique de l'estomac : ulcère ou cancer. Il paraît logique d'expliquer les troubles observés par une lésion stomacale sous-jacente. Nous allons voir, dans le chapitre suivant, que cette idée ne s'était pas imposée aux auteurs classiques qui ont cherché d'autres explications plus savantes et, nous espérons le montrer, moins cliniques.

---

## CHAPITRE II

---

Quelle explication donner de ces accidents parfois si douloureux et des troubles digestifs si marqués, dont nous venons de donner la description.

Nous allons passer en revue les opinions des auteurs classiques qui, frappés depuis longtemps de l'intensité de ces troubles, ont cherché et proposé différentes théories.

Garengeot croyait à une hernie de l'estomac, et la présence de cet organe dans la tumeur herniaire expliquait dès lors tous les troubles digestifs ; d'où le nom de gastrocèles donné à la hernie.

On sait combien cette opinion soutenue par Pipelet fut vivement combattue par Gunz de Leipzig et Bertrandi. Actuellement on est d'accord pour considérer les faits signalés par Garengeot et Pipelet comme des raretés.

« Quoique le nom ait pu le faire penser et que certains chirurgiens l'aient admis, écrit Lucas Championnière, cette hernie ne contient pas l'estomac ». Malgré le cas authentique, indiscutable de hernie épigastrique de l'estomac rapporté par Blanc (de Saint-Etienne) qui, dit cet auteur, eût comblé de joie Garengeot et Pipelet, il n'en reste pas moins que la présence de l'estomac dans le sac d'une hernie épigastrique est rarissime.

Cette hypothèse ne peut donc expliquer les troubles digestifs qui marquent cette affection.

Une seconde théorie fait jouer un rôle aux adhérences qui unissent le sac herniaire à son contenu. De fait, lorsqu'il s'agit d'une entéroccèle, d'une entéro-épiplocèle, ou même, ce qui est le cas le plus fréquent, d'une simple épiplocèle, on comprend parfaitement que les adhérences, qui unissent au sac herniaire le contenu de la hernie, interviennent dans la production des troubles observés, en gênant le bon fonctionnement de l'intestin.

L'épiploon par son insertion à la grande courbure de l'estomac et par les adhérences qu'il a contractées, exerce des tiraillements sur l'estomac, au moment de la digestion, entrave ses mouvements péristaltiques et contribue ainsi à entretenir un état d'irritation bien capable de donner naissance à des troubles tryspeptiques.

De fait, quand on parcourt les observations, on voit des hernies épigastriques, qui donnaient des signes fonctionnels très intenses, montrer à l'opération une masse épiploïque adhérente au sac, avec des adhérences qui fixaient d'autre part cet épiploon à l'estomac et au côlon transverse.

Les adhérences détruites, le malade guérit rapidement et définitivement.

On trouve des cas de ce genre dans la thèse de Lebauf.

« Mais, dit Chailloux, ces conditions se trouvent remplies dans d'autres variétés de hernies et nous n'assistons pas à un cortège de symptômes aussi accusés. »

Aussi pour pouvoir s'appliquer à tous les cas, une nouvelle théorie intervient, qui considère les réactions gastro-intestinales qui accompagnent les hernies épigastriques comme des phénomènes réflexes.

On sait que les orifices de la ligne blanche donnent passage à des vaisseaux et des nerfs, lesquels font partie du pédicule de la hernie. Ces nerfs viennent des bronches antérieures des cinq derniers nerfs intercostaux. Ce serait l'irritation de ces nerfs, leur excitation réflexe qui engendrerait les troubles observés. C'est là l'hypothèse de Gussenbauer, admise et développée par Chailloux et Lemièrè.

Ce dernier insiste sur les anastomoses qui unissent le pneumogastrique, le phrénique et le grand sympathique avec les nerfs intercostaux, lesquels entrent ainsi dans la constitution du plexus solaire et diaphragmatique.

« D'après ces données, dit Lemièrè, l'hypothèse de réflexes ayant leur point d'excitation au niveau de l'anneau, leurs fibres centripètes constituées, soit par les fibres des intercostaux, soit par les fibres épiploïques du sympathique, leurs fibres centrifuges constituées par les fibres anastomotiques du phrénique et du pneumogastrique, est anatomiquement du moins légitime. » C'est cette excitation nerveuse qui se traduit en clinique par le syndrome gastro-intestinal.

Pour Lemièrè, cette excitation elle-même peut résulter de deux mécanismes.

Dans certains cas, elle peut se produire par compression des testicules intercostaux dans l'anneau herniaire ; c'est l'opinion de Gussenbauer. Cet auteur admet

que les accidents observés seraient dus à la compression du testicule de la hernie au niveau de l'anneau qui se resserre sous l'influence de la contraction des muscles de la paroi abdominale. On pourrait, suivant Gussenbauer, faire naître volontairement ces troubles, en faisant contracter au malade les muscles de sa paroi.

C'est à ce rôle de la contraction musculaire qu'il faudrait, d'après Vernet, attribuer la démarche spéciale que cet auteur a remarquée chez certains malades porteurs de hernie épigastrique ; ils se tiendraient courbés et par cette manœuvre ils mettent dans un état de relâchement leurs muscles abdominaux, produisant ainsi le minimum de compression nerveuse, c'est-à-dire le minimum d'excitation réflexe.

Dans d'autres cas, dit Lemièrre, cette excitation est le résultat de tiraillements de l'intestin ou de l'estomac par l'intermédiaire d'une corde épiploïque dont l'extrémité pincée dans l'anneau est elle-même le siège d'une excitation nerveuse par compression.

Cette excitation d'ailleurs, quelle qu'elle soit, reconnaîtrait des causes déterminantes diverses ; l'état de réplétion ou de vacuité de l'estomac, les efforts, les positions du malade, etc.

Les réflexes ainsi produits, suivant l'intensité ou la fréquence de l'excitation, sont soit moteurs ou vasomoteurs, soit sensitifs et sécrétoires. Ainsi s'expliquerait parfaitement le symptôme gastro-intestinal.

Le rôle de cette excitation nerveuse serait confirmé, dit Rochard, par ce fait que dans quelques cas (trois cas de la thèse de Le Page), après une première opéra-

tion, les hernies qui se sont reproduites avaient cessé d'être douloureuses; cela s'expliquerait par la section des branches nerveuses au moment de la première intervention.

Telle est la théorie réflexe, admise actuellement par la plupart des auteurs, et qui paraissait pouvoir expliquer tous les troubles gastro-intestinaux des hernies épigastriques.

Nous signalerons, en terminant, l'opinion de MM. Tripier et Paviot, qui insistent sur le rôle de la péritonite sous-hépatique dans les hernies abdominales. Non seulement, disent-ils, ces lésions péritonitiques jouent un rôle important dans la production de ces hernies, mais encore elles expliqueraient les troubles gastro-intestinaux observés. Dans le cas de hernie abdominale « on devra examiner le cas où il existe des troubles digestifs, ceux-ci peuvent dépendre de lésions péritoniques anciennes ou récentes ».

Nous verrons, au chapitre suivant, ce qu'il faut penser des différentes théories que nous venons d'exposer.

---

### CHAPITRE III

---

Nous venons de passer en revue les différentes opinions qui ont été émises pour expliquer les accidents gastro-intestinaux que l'on observe au cours des hernies épigastriques.

Ces explications sont-elles suffisantes et répondent-elles à tous les cas : nous ne le pensons pas et déjà, au chapitre précédent, nous avons montré combien certaines d'entre elles étaient peu fondées.

Les nombreuses interventions de cure radicale de hernies épigastriques, en permettant de voir le contenu de celles-ci, ont fait depuis longtemps justice de l'hypothèse de Garengéot, qui n'est admise aujourd'hui qu'à titre tout à fait exceptionnel.

Quant au rôle attribué aux adhérences épiploïques, il est indéniable et fondé sur des observations indiscutables. Mais nous ferons remarquer, avec Chailloux, que des adhérences épiploïques existent souvent dans d'autres variétés de hernies et nous n'assistons pas cependant à un ensemble de symptômes aussi accusés que ceux auxquels donne lieu la hernie épigastrique. De plus, et surtout, on ne rencontre souvent dans cette hernie ni intestin, ni épiploon, ni péritoine ; elle n'est constituée dans la majorité des cas, que par une petite tumeur grasseuse et malgré cela des troubles gastriques

n'en sont pas moins accusés. Les hernies les plus douloureuses sont souvent de simples hernies graisseuses et l'on conçoit que l'on ne puisse invoquer alors ni les adhérences épiploïques, ni les tiraillements de l'estomac.

Reste la théorie réflexe. Elle est très séduisante. quand on parcourt des observations de hernies épigastriques, il semble qu'elle puisse suffire à expliquer la plupart des troubles observés. Toutefois une étude plus attentive montre que cette pathogénie est quelquefois exacte, ce que nous ne discutons pas, il existe de nombreux faits qu'elle ne peut expliquer : nous voulons parler des observations où les troubles gastriques persistent et même s'accroissent malgré l'opération. Ces cas sont plus fréquents que ne l'indiquent les statistiques publiées par les travaux français. Dans les différentes thèses de Le Page, Chailloux et Lemièrre, toutes les observations peuvent se résumer ainsi : Hernie épigastrique, cure radicale, guérison avec disparition des troubles digestifs. On pourrait donc croire que les résultats éloignés des opérations de hernies épigastriques sont extrêmement brillants et que le sort de ces opérés est des plus satisfaisants. Malheureusement, des statistiques récentes montrent qu'il n'en est rien.

Garré, après avoir fait rechercher par son assistant Capelle le sort des opérés de hernie épigastrique à la clinique de Breslau, arrive aux résultats suivants :

Sur 48 malades opérés, 27 ont été revus. Il y a eu 9 guérisons complètes. 18 malades souffrent encore : parmi ceux-ci 6 ont eu des récidives nettes et 12, bien que n'ayant pas de récidives, n'étaient pas améliorés.

De ces 12 malades, 5 souffraient surtout à cause

de leur cicatrice. Mais chez les 7 autres, malgré une bonne cicatrice, non douloureuse, les douleurs continuent aussi marquées qu'avant l'intervention. Ils se plaignent de vomissements, de perte de l'appétit, d'exagération des douleurs au moment de l'ingestion des aliments, et de la difficulté de leur digestion.

Dans deux cas une nouvelle intervention fut pratiquée et montra qu'on avait affaire à un cancer de l'estomac ; chez les autres, Capelle pense qu'il devait exister quelque lésion gastrique, organique, ulcère probablement. Un de ces malades, revu quatre ans après, disait que les douleurs n'avaient pas diminué, qu'elles étaient plus fortes qu'avant, et principalement après le repas.

Capelle ajoute que de pareils faits ont été constatés par Hornborg et Lindenstein. Des 22 malades de Hornborg opérés pour hernie épigastrique, 7 moururent rapidement, 1 est encore en traitement pour un ulcère de l'estomac. Quant à ceux qui sont morts, cet auteur en attribue la cause à un cancer de l'estomac.

Ainsi donc, sur 27 malades, 7 présentaient des lésions gastriques, cancer ou ulcère, et sur 22 on a également une proportion de 7.

Un tiers environ des malades porteurs de hernie épigastrique était, comme on le voit par ces deux statistiques, atteint de lésions gastriques sous-jacentes.

Il devient évident que la théorie réflexe est ici hors de mise : « Il est possible, dit M. Bérard, que cette pathogénie soit parfois exacte, mais trop souvent, semble-t-il, on a reconnu des lésions gastriques que l'on n'a pas recherché assez minutieusement. »

Déjà Witzel avait remarqué que la hernie épigastrique se rencontrait souvent chez des malades atteints d'affections organiques de l'estomac, mais il n'avait pas attribué à cette constatation la valeur qui lui revient légitimement dans la pathogénie des troubles observés.

Berger, Rochard ne voient dans cette coïncidence qu'une cause prédisposante de la hernie, et cela très probablement parce que les affections organiques de l'estomac font maigrir le malade.

À leur suite, la grande majorité des auteurs ne voient entre ces deux affections qu'une simple coïncidence. Ils insistent tous sur la similitude du symptôme observé avec les signes que l'on rencontre dans l'ulcère ou le cancer de l'estomac, mais aucun ne songe à attribuer ce symptôme gastro-intestinal à une lésion organique sous-jacente.

Cependant, après l'important travail de Capelle, l'attention des chirurgiens a été attirée sur ce sujet, et Poisson, dans une observation que l'on trouvera plus loin, insiste à son tour sur les lésions organiques de l'estomac dans les hernies épigastriques et se rallie aux conclusions de Capelle. Soper, dans le *New-York medical Journal*, août 1910, émet un avis semblable.

Enfin, récemment, MM. Bérard et Leriche, à propos de 3 cas de hernies épigastriques opérées, ont confirmé les résultats de Capelle et incriminé, à leur tour, les lésions organiques de l'estomac comme cause des troubles digestifs observés.

Tous ces auteurs arrivent ainsi à penser que les prétendus troubles réflexes des hernies épigastriques sont

souvent dus à des altérations anatomiques de l'estomac : cancer ou ulcère.

« Ces lésions, dit M. Bérard, sont fréquentes, il faut toujours les soupçonner dans les hernies épigastriques douloureuses, et on peut presque les affirmer quand la cure radicale de la hernie n'a pas procuré au malade un soulagement définitif. »

Clérici a d'ailleurs observé que dans les hernies épigastriques l'antité du suc gastrique était rarement normale. Après avoir étudié le chimisme de 10 malades atteints de hernies de l'épigastre, il a trouvé de l'hyperchlorydrie dans 3 cas, de l'hypochlorydrie dans 1 cas.

Ces recherches méritent d'être retenues ; aussi l'examen du chimisme gastrique, la nostrosopie de l'estomac après ingestion de bismuth, la réaction de Weber devront toujours être faits par le médecin qui se trouve en présence d'un malade atteint de hernie épigastrique avec troubles gastriques.

Un autre point mérite d'être mis en évidence, à savoir que les hernies épigastriques sans lésions sous-jacentes présentent des troubles fonctionnels un peu particuliers et dont la constatation peut permettre au clinicien un diagnostic pré-opératoire.

En effet, ce qui domine surtout chez ces malades, qui sont tous plus ou moins névropathes, c'est l'élément douleur.

Cette douleur peut revêtir des caractères différents, mais elle est toujours assez vive et, fait important, elle est rarement en rapport avec l'ingestion ou la digestion des aliments.

Elle est surtout superficielle ; les malades la localisent volontiers dans la paroi abdominale autour de la hernie et ne souffrent pas dans la profondeur. De plus, on note souvent chez eux de l'hyperesthésie de la paroi abdominale au niveau de la région épigastrique et surtout vers le pédicule de la hernie.

Quant aux troubles digestifs proprement dits, ils n'existent le plus souvent que sous forme de vomissements, sans grands caractères et on ne note presque jamais de mélæna et d'hématémèses.

Tous ces signes : terrain névropathique, prédominance de l'élément douleur, peu de troubles digestifs proprement dits, plaident en faveur de l'hypothèse d'une hernie épigastrique avec troubles réflexes et joints à l'examen fonctionnel complet de l'estomac, qu'il ne faut jamais négliger en pareil cas, ils donneront dans la plupart des cas, avant même l'intervention chirurgicale, de sérieuses raisons d'admettre ou de rejeter l'existence de lésions stomacales sous-jacentes.

---

## CHAPITRE IV

---

Que résulte-t-il de l'ensemble de faits que nous venons d'exposer et quelle conclusion doit être dégagée de l'étude des diverses théories proposées pour expliquer les troubles gastriques qui se manifestent dans les hernies épigastriques ?

Il nous semble que la question doit être envisagée à la fois au point de vue théorique et au point de vue pratique.

Tout d'abord, au point de vue théorique, il faut admettre que la pathogénie de ces troubles est complexe et que chacune des théories proposées doit contenir une part de vérité.

Certains malades souffrent à cause des adhérences épiploïques dans le sac et sont guéris par libération de ces brides : des nombreuses observations en font foi. On ne saurait donc rejeter cette explication.

De même, la théorie réflexe semble bien pouvoir s'appliquer à un certain nombre d'observations. Mais, à côté de ces théories, il nous paraît légitime de donner une très large place aux altercations anatomiques de l'estomac.

La ressemblance entre les troubles décrits dans les hernies épigastriques et le symptôme observé dans l'ulcère ou le cancer de l'estomac est si grande, qu'on

aurait dû songer tout d'abord à cette explication. On ne l'a pas fait, parce qu'on a méconnu trop souvent les lésions gastriques sous-jacentes qu'on ne recherchait pas systématiquement.

Si comme le montrent les statistiques de Capelle et Homborg, les lésions organiques de l'estomac sont fréquentes dans les hernies épigastriques, il est très rationnel de voir dans ce fait autre chose qu'une simple et curieuse coïncidence et d'expliquer le symptôme gastrique observé par l'existence des lésions sous-jacentes.

Les observations que nous rapportons sont caractéristiques et viennent bien confirmer cette manière de voir.

Chez tous ces malades, le syndrome gastrique était net, et confiant dans les théories classiques, on n'aurait pu se contenter de faire une simple cure radicale de la hernie, persuadé que le malade allait voir disparaître rapidement tous ses troubles. Malheureusement, comme dans l'observation I, il n'en est rien; les douleurs et vomissements persistent, s'aggravent même et une seconde intervention est nécessaire pour reconnaître les lésions sous-jacentes.

Si la notion des lésions de l'estomac au cours des hernies épigastriques est intéressante au point de vue théorique, car elle donne une explication rationnelle des troubles fonctionnels observés, elle acquiert au point de vue pratique une importance bien plus grande par les conclusions de thérapeutique chirurgicale qui en résultent.

En effet, pour les classiques qui admettent la théorie réflexe, les troubles digestifs ne doivent pas, malgré

leur intensité, faire croire à l'existence d'une affection gastrique sous-jacente. Tout doit se rapporter à la hernie, et de là cette conclusion précise : à ces troubles digestifs réflexes, il faut opposer pour guérir le malade la résection du sac et l'ablation du lipome herniaire.

Que résulte-t-il de cette thérapeutique? C'est que souvent le malade continue à souffrir, à maigrir, et qu'une seconde intervention, laparotomie cette fois, est nécessaire.

Au contraire, si l'on admet la fréquence des lésions de l'estomac au cours des hernies épigastriques, la conduite du chirurgien devient toute autre.

Au moment de l'opération, il faut faire franchement une laparotomie sus-ombilicale qui permette l'exploration attentive et minutieuse de l'estomac en même temps que le traitement immédiat des lésions que l'on pourra constater sur cet organe.

De la sorte, on ne laissera pas échapper un ulcère ou un cancer au début et l'on pourra faire une pylorectomie ou une gastrectomie en temps utile.

On conçoit facilement toute l'importance de ces notions au point de vue de la pratique chirurgicale et de l'intérêt considérable qu'elles revêtent pour le chirurgien.

« Il ne s'agit pas de savoir, écrit M. Leriche, si l'on a fait parfois des erreurs de diagnostic en rattachant à une hernie épigastrique des troubles qui relevaient d'une lésion organique de l'estomac; il s'agit uniquement de savoir si, contrairement à l'enseignement classique, il ne faut pas toujours, en présence d'une hernie avec troubles digestifs, suspecter une affection orga-

nique de l'estomac ou de l'intestin et si l'on ne doit pas systématiquement, au moment de la cure radicale, aller vérifier l'intégrité des organes digestifs, quitte à ne rien trouver. »

Nous ne prétendons pas que les troubles fonctionnels observés soient toujours causés par des lésions sous-jacentes (le fait n'est exact que dans un tiers des cas environ), et nous faisons remarquer, d'autre part, que nous avons insisté, au chapitre précédent, sur ce fait que des troubles observés dans les hernies sans lésions sous-jacentes étaient surtout constitués par un syndrome douloureux et non par de vrais troubles digestifs, mais nous pensons qu'il est du devoir du chirurgien de toujours y songer, et que le malade a tout à gagner à ce que l'opérateur vérifie d'emblée l'état de l'estomac et de l'intestin.

Si cette manière de faire comportait un danger pour le malade et compliquait grandement la simple cure radicale, on comprendrait que le chirurgien pût hésiter. Mais dans les conditions actuelles de la chirurgie, avec toute la sécurité de l'asepsie, nous nous refusons à croire que l'acte d'aller vérifier l'état de l'estomac puisse aggraver le pronostic opératoire. Si l'estomac est sain, l'exploration sera vite faite, et l'on n'aura, en somme, fait guère plus qu'une simple laparotomie exploratrice ; l'opération n'aura été prolongée que de quelques minutes. Mais quelle satisfaction pour l'opérateur et quel service rendu au malade, si ce coup d'œil jeté sur l'estomac a permis de découvrir un cancer ou un ulcère peut-être au début et facilement opérable.

D'ailleurs, si la laparotomie systématiquement pra-

tiquée au moment de la cure de la hernie permet un traitement précoce des lésions sous-jacentes, elle permet aussi, et cela présente quelque importance pour le chirurgien, un pronostic exact. En effet, on ne courra pas, de la sorte, le risque d'affirmer une guérison prompte et sûre à un malade à qui on aura fait une simple cure radicale et qui pourra revenir quelques mois après avec des lésions stomacales inopérables.

Comme conclusion, il nous semble que l'on peut distinguer deux types de hernies épigastriques avec troubles fonctionnels.

Les unes sont accompagnées surtout du syndrome douloureux, avec les caractères dont nous avons parlé, mais sans troubles digestifs proprement dits.

Chez de tels malades, les organes sous-jacents (estomac, intestins) sont le plus souvent indemnes de toute lésion et une simple cure radicale suffit à amener la guérison.

Les autres, entourées par tout un ensemble de signes qui font penser à un ulcère ou un cancer de l'estomac, ne retireront aucun bénéfice de la simple cure radicale. Ici la hernie n'est qu'un épiphénomène, mais elle peut retenir l'attention et faire errer le diagnostic du médecin non averti.

Les troubles fonctionnels, chez ces malades, sont déterminés par une lésion des viscères sous-jacents, et c'est vers eux que le traitement doit être dirigé.

Mais là, comme partout d'ailleurs en clinique, les cas ne sont pas toujours nettement tranchés, l'hésitation est permise, et l'existence ou non de lésions sous-jacentes ne pourra pas toujours être affirmée ou rejetée avant l'opération.

C'est pourquoi la conduite chirurgicale que nous préconisons plus haut nous paraît la plus sage; elle ne fait pas courir de risques au malade et peut lui procurer, par contre, les bénéfices inappréciables d'une intervention précoce.

Aussi, pour terminer, souscrivons-nous à la règle de Capelle, qui est la conclusion de son travail et qui sera la nôtre.

« Il faut, dans la hernie épigastrique avec troubles digestifs, se méfier d'une lésion organique de l'estomac et toujours en rechercher l'existence par une laparotomie au moment de la cure radicale ».

---

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I

(MM. BÉRAËRD et COLOMBET, *Lyon Médical*, 16 avril 1911.)

Il s'agit d'un malade, I. J. Antoine, âgé de 54 ans, mineur à Sourcieu-sur-l'Arbresle, et qui fut admis le 11 janvier 1910, à la salle Saint-Louis, pour une tumeur épigastrique.

Il n'y a rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents. Il eut simplement la fièvre typhoïde pendant son service militaire.

Le début de sa maladie remonte à l'année 1908 et fut caractérisé par des douleurs épigastriques, qui attirèrent son attention et lui firent découvrir au-dessous de l'appendice xiphoïde une petite tumeur, qui peu à peu augmenta de volume.

Les troubles fonctionnels prédominèrent nettement dans cette première phase de la maladie. Les douleurs s'accompagnèrent d'irradiation dans l'hypochondre gauche et l'hypogastre. Elles devinrent bientôt plus vives, et dans les derniers mois de 1909, ne furent calmées que par le repos au lit, tout travail un peu pénible ou la station debout un peu prolongée exacerbait cette douleur.

Les troubles gastriques, peu importants, se manifestèrent par des digestions un peu pénibles, un peu de pesanteur, une légère constipation.

Le malade n'a pas de vomissements alimentaires ou sanguinolents à cette époque.

En novembre 1909, il y eut une brusque aggravation de son état général ; il maigrit, perd l'appétit ; aussi sur les conseils du Dr Bernard, il entre à l'Hôtel-Dieu.

Examiné à son entrée, ce malade présentait une petite tumeur du volume d'une noix, pâteuse, à contours un peu flous, située dans la région de l'épigastre, immédiatement au-dessous de l'appendice xiphoïde, mais indépendante du sternum.

Cette tumeur est peu modifiée par l'effort, la toux, la station debout ; elle était absolument irréductible et la palpation très douloureuse. On fait le diagnostic de hernie épigastrique. Le malade ayant un bon état général et ne présentant qu'un peu d'emphysème pulmonaire, est opéré le 12 janvier 1910.

On fait une incision sous-ombilicale médiane et l'on trouve une tumeur grasseuse, assez peu vasculaire, mais riche en filets nerveux. Il y a un petit cul-de-sac péritonéal sous-jacent. On ligature le pédicule de cette masse multilobée et très irrégulière. On pratique l'excision.

Dix jours après, la plaie chirurgicale était cicatrisée et le malade partait en convalescence.

En réalité, l'opération n'apporta dans la suite aucun soulagement à ce malade qui continua à souffrir et à maigrir.

Le syndrome gastrique, à peine accusé au début de l'affection, prit une importance énorme et se caractérisa par les phénomènes suivants : douleurs gastriques survenant après le repas, parfois aiguës, sans irradiations et ne disparaissant qu'à l'apparition de vomissements alimentaires et acides, survenant tous les deux jours environ.

Les vomissements, toujours alimentaires ou bilieux, ne furent jamais sanguinolents.

Le malade présente une constipation habituelle entrecoupée de temps à autre par des crises diarrhéiques.

Les selles furent souvent noirâtres, couleur marc de café.

L'amaigrissement devint extrême, 3 kilos en trois mois. L'affaiblissement général mit ce malade dans l'impossibilité totale de travailler. Il se présenta de nouveau dans le service

de M. Bérard le 13 octobre 1910. On lui trouve un estomac dilaté jusqu'à l'ombilic.

Il y a du clapotage gastrique à jeun.

La pression sur l'épigastre est douloureuse. On ne peut provoquer ni onde péristaltique, ni phénomène de tension intermittente.

Le foie est un peu gros, mais le malade ne présente ni adénopathie suspecte, ni signes de cachexie. L'examen radioscopique fait par M. Destot, montre simplement que le côlon est déplacé et se trouve au-dessus du foie.

Le 31 octobre, on intervient : on fait une laparotomie exploratrice qui fait découvrir un ulcère de la petite courbure de l'estomac.

Cet ulcère est déjà ancien et s'est entouré d'une zone de périgastrite adhérente à la face inférieure du foie.

M. Bérard fait une gastro-entéro-anastomose postérieure et transmésocolique à la soie.

Les suites opératoires furent excellentes. Au huitième jour le malade, qui était un emphysémateux, présenta des signes de congestion pulmonaire, mais son état ne donna pas d'inquiétude. Au dixième jour la plaie chirurgicale était cicatrisée. Les douleurs et les vomissements alimentaires avaient disparu. Le malade reprenait appétit. Il ne présentait plus que quelques régurgitations acides intestinales dues à un éthylisme ancien.

L'examen radioscopique après ingestion d'une bouillie bismuthée pratiquée hier a mis en évidence, le bon fonctionnement de la bouche artificielle.

Le malade part du service considérablement amélioré.

Voilà donc un malade porteur d'une hernie épigastrique avec des troubles digestifs très nets et qui ne fut pas soulagé par la cure radicale de la hernie pratiquée, suivant l'usage habituel, sans large laparotomie sus-ombilicale.

Une gastro-entéro-anastomose le soulagea considérablement, en même temps que cette seconde intervention permit de déceler un ulcère de la petite courbure, cause de tous les signes fonctionnels.

#### OBSERVATION II

(LERICHE. — *Lyon Médical*, 16 avril 1914.)

*Hernie épigastrique; troubles digestifs; cure radicale en mai 1910; persistance des troubles; gastrectomie totale pour cancer diffus de l'estomac en août 1910.*

Un homme de 63 ans, entré le 20 août 1910, dans le service de M. Poncet, vomissant constamment et portant une tumeur à siège épigastrique, racontait-il. Il présentait depuis quelques années une hernie épigastrique, et peu à peu elle s'était accompagnée de phénomènes douloureux et de troubles digestifs. En mai dernier, ses malaises augmentant, il se met entre les mains d'un médecin d'une ville voisine qui, très classiquement, rapportant les troubles gastriques à la hernie, lui proposa une intervention qui devait tout guérir. L'opération fut faite très correctement, la hernie disparut, fut remplacée par une cicatrice solide, mais les phénomènes digestifs persistèrent et même allèrent en s'accroissant, c'est pour cela qu'il fut adressé à l'Hôtel-Dieu.

Le diagnostic de cancer était évident, et le 22 août, avec mon ami Cotte, nous fîmes une laparotomie sur la cicatrice très solide de l'intervention pratiquée en mai. La paroi était parfaitement reconstituée, et il n'y avait nulle adhérence péritonéale. Mais le ventre ouvert, nous découvrîmes un cancer diffus de l'estomac : l'organe était parfaitement mobile et ne paraissait tenir que dans la zone cardiaque

Il me parut possible de l'enlever. Je commençais par libérer le pylore, puis après l'avoir sectionné, je fermais le duodénum et, libre désormais de ce côté, j'allais de proche

en proche vers le cardia. Il me fut impossible d'aller jusqu'à lui. Par une petite surface, il tenait en arrière, et d'autre part, la tumeur ne s'arrêtait qu'à l'orifice cardiaque. Après avoir clivé en arrière, et non sans beaucoup de peine, j'arrivais enfin à fisticuliser tout l'estomac entre les doigts de la main gauche, à placer deux pinces et à sectionner l'œsophage. A ce moment, l'estomac ne tenait plus que par les vaisseaux courts. Je les avais coupés, supprimant ainsi l'attache splénique, quand j'aperçus une forte hémorragie dans le flanc gauche. Je vis alors que le pédicule vasculaire de la rate s'était déchiré en un point; le temps pressait : je mis un clamp et j'enlevais la rate, j'avais alors sous les yeux une énorme cavité, très nette, bien exposée, sans recoin, dans laquelle j'essayais vainement d'attirer l'œsophage; je le libérai au doigt dans l'orifice diaphragmatique, mais il était à la limite de traction; d'autre part, il n'avait nul revêtement péritonéal, je ne pouvais songer à le suturer à l'anse jéjunale que j'avais attirée en arrière du côlon.

Je fis alors une double boutonnière intestinale et avec une pince cheminant dans l'intestin, j'allai saisir l'œsophage et l'attirai dans la lumière intestinale; je le fixai là par quelques points au catgut; mais peu confiant dans mes sutures, je fistulisai l'intestin à la peau pour pouvoir alimenter l'opéré par une jéjunostomie. Puis j'exclus toute cette zone à l'aide du côlon et de l'épiploon et je tamponnai lâchement la cavité. Les suites opératoires furent d'abord très simples. Le malade fut alimenté par lavements et par sa fistule jéjunale. Les sutures œsophagiennes n'avaient pas tenu et au bout de quarante-huit heures, tous les liquides déglutis coulaient dans l'ancien lit gastrique, soigneusement exclu du péritoine libre par des compresses. Malgré cela il n'y eut aucune réaction péritonéale, aucune élévation thermique.

Au 10<sup>e</sup> jour, le malade, qui avait un appétit féroce et qui s'était déjà levé plusieurs fois dans la nuit pour chercher à manger et à boire, était en parfait bon état.

Commençant à croire à sa guérison, je songeais à lui fistu-

liser l'œsophage au cou pour éviter le flux des sécrétions salivaires et œsophagiennes, puis à lui enlever tout l'œsophage thoracique suivant la méthode de Sencert, quand il prit la langue sèche, sa température monta à 38°,5 et il mourut en trente-quatre heures, au 17<sup>e</sup> jour.

A l'autopsie nous trouvâmes la plaie en bon état, commençant à se combler; il n'y avait aucun signe d'infection, ni trace de métastases, les deux poumons étaient congestionnés. Il est probable que cet homme très affaibli n'avait pu résister à une infection pulmonaire malheureusement à peu près fatale. Il n'y avait au reste pas grand regret à avoir, car, comme vous le verrez sur les pièces que voici : l'estomac en entier, du pylore au cardia, les deux orifices y compris, est envahi par une infiltration cartonnée qui ne respecte que la grande courbure. Avec de telles lésions la survie n'aurait guère été de longue durée.

Il n'est pas douteux que si on avait fait chez ce malade une large laparotomie au lieu d'une simple cure radicale, on aurait pu saisir la tumeur à son début et faire une ablation de la zone cancéreuse avec un résultat éloigné bien différent. Si cette conduite n'a pas été tenue, c'est que le premier médecin, suivant les conseils classiques, avait rapporté des troubles digestifs à la hernie épigastrique, sans songer aux lésions stomacales possibles.

### OBSERVATION III

(LERICHE. — *Lyon Médical*, 16 avril 1911.)

*Hernie épigastrique double datant de l'enfance. Troubles digestifs rattachés à la hernie. Cure radicale avec vérification de l'estomac conduisant à une pylorectomie.*

Une femme de 52 ans vint me voir dernièrement au Bureau de bienfaisance pour des troubles digestifs croissants

qu'elle rattachait à une hernie épigastrique. A l'âge de 8 ans, à l'occasion d'un effort, elle s'était faite cette hernie ; celle-ci était restée longtemps indolore ; il y a deux ans, une nouvelle hernie apparut à côté de l'autre, et peu après se montraient des troubles digestifs croissants, qu'elle calma longtemps avec des applications chaudes. Depuis plusieurs semaines, elle vomissait de temps en temps, presque tout de suite après l'ingestion alimentaire ; cela la fatiguait tellement, qu'elle était arrivée à ne plus rien manger pour ne plus vomir. L'état général était du reste demeuré bon, et cette femme donnait plus l'impression d'une névropathe grossissant ses sensations que d'une sténose du pylore.

A l'examen on ne trouvait rien autre qu'une hernie bilobée de la ligne blanche et un estomac un peu dilaté.

Le 12 novembre, dans le service de M. Poncet, je laparotomisai cette femme. Après avoir isolé ses deux lipomes, j'ouvris le péritoine et attirai l'estomac. Il portait à un travers de doigt du pylore une cicatrice froncée ratatinant l'épiploon et épaississant l'estomac. Ne sachant à quoi j'avais affaire, je pratiquais une pylorectomie suivie de gastro-entérostomie postérieure au bouton de Jaboulay. Les suites en sont jusqu'à présent apyrétiques et l'alimentation normale a été reprise avec précaution depuis trois ou quatre jours (nous sommes au 11<sup>e</sup> jour).

La pièce a été examinée histologiquement par M. Alamar-tine qui trouve de l'ulcération de la muqueuse et une infiltration du muscle gastrique par des cellules inflammatoires, sans oser se prononcer sur le diagnostic histologique précis.

Cette femme avait, cela n'est pas douteux, une sténose pylorique incomplète.

Si l'on avait suivi les règles classiques, on se serait borné à une simple cure radicale de la hernie et les troubles digestifs n'auraient pas à coup sûr été modifiés.

#### OBSERVATION IV

(POISSON et LANOUE.— *Gazette Médicale de Nantes*, 18 décembre 1909.)

L., marchand forain, âgé de 50 ans, entaché d'alcoolisme invétéré. Il y a trois ans, il aurait présenté des phénomènes de gastrite éthylique : pituites, pyrosis, vomissements. Jamais d'hématémèses ni de mélæna. En février 1908, il vient à l'Hôtel-Dieu, où on le soigne pendant quinze jours pour « dyspepsie ». Il y a quelques mois sont apparues des crises douloureuses à point de départ au niveau de l'épigastre. C'est pour ces douleurs qu'il entre à la salle C. A l'examen on constate, à peu près à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde, une hernie de la ligne blanche réductible.

L. ne vomit plus, il n'a plus de mélæna. On ne trouve pas de symptômes de tumeur gastrique. Le régime alimentaire auquel on le soumet semble lui réussir.

Cure radicale de la hernie épigastrique le 3 novembre. Le sac ne contenait qu'un peu d'épiploon qui est rentré. Une alerte chloroformique empêche d'explorer l'estomac, comme il avait été décidé avant l'intervention.

Les suites opératoires sont normales pendant 48 heures. Puis le malade a des vomissements noirâtres, certainement hématiques; bientôt apparaissent des selles goudronnées. Température 36° axillaire. Pouls 120. Une nouvelle intervention est refusée par le malade. Le septième jour, l'état général s'est amélioré, le facies est meilleur, pouls 90; il semble que le malade va guérir. Le lendemain matin, les vomissements reprennent et deviennent bientôt fécaloïdes, et le malade meurt dans la soirée.

A l'autopsie, estomac dilaté. On va à la recherche du pylore en déprimant la paroi stomacale antérieure; immédiatement un flot de liquide noirâtre mêlé de débris alimentaires envahit la cavité péritonéale. On constate que l'am-

poule pylorique est adhérente, par sa face supérieure, à la face inférieure du lobe gauche du foie. C'est en rompant ces adhérences que l'on a donné issue au contenu stomacal.

Tout autour, on constate une zone de périhépatite interne. A l'examen de la face interne de l'estomac, on se trouve en présence d'un ulcère rond de la grandeur d'une pièce de 2 francs. A son niveau, il n'y a plus trace de paroi; le péritoine lui-même est détruit. Les bords de la lésion taillés à pic, noirâtres, ne sont pas indurés. Il n'y a pas trace d'induration, pas de ganglions dans les régions voisines. Le reste de l'autopsie ne révèle rien d'anormal. L. semble donc avoir succombé à un ulcère stomacal perforé. La hernie épigastrique n'était qu'un épiphénomène.

#### OBSERVATION V

(CAPELLE. — *Beitr. zur Klin.-Chirurg.*, 1909.)

Jardinier, 40 ans. Le malade a subi un traumatisme il y a trois ans; depuis ce traumatisme sont apparues des douleurs épigastriques, surtout internes, après le travail. A l'examen, on constate une hernie de la ligne blanche, arrondie, non réductible. Le chimisme stomacal est pratiqué et montre une légère hyperchlorhydrie et la présence d'acide lactique. Il y a une légère rétention stomacale. Laparotomie sus-ombilicale. On trouve, au niveau de la grande courbure, 6 centimètres avant le pylore, une ulcération de la grosseur d'une pièce de 1 franc et qui présente tous les caractères de l'ulcère typique. On ne trouve pas d'adhérences. Fermeture de la paroi à trois étages avec de la soie. Suites normales. Revu deux ans et deux mois après l'opération, le malade est dans un assez bon état. Les douleurs épigastriques persistent cependant, mais sont moins accusées qu'avant l'opération.

OBSERVATION VI

(CAPELLE. — *Ibidem.*)

H., 43 ans. Depuis trois semaines, le malade se plaint de douleurs épigastriques, sous forme de crampes, surtout fortes le soir, et sans rapport avec l'ingestion des aliments. Sur la ligne blanche on note une hernie épigastrique facilement réductible. Les douleurs épigastriques sont si accusées qu'on pense à l'hystérie. Opération : lipome herniaire pré-péritonéal; on fait une laparotomie exploratrice à cause des douleurs abdominales. Pas d'adhérences sur la région pylorique. Sur la paroi postérieure de la petite courbure, on trouve trois points d'infiltration gros comme une pièce de 3 marks, avec des adhérences au pancréas. La pylorectomie est impossible et on se contente de faire une gastro-entéro-anastomose. Fermeture de la paroi. Mort quatre mois après, L'autopsie confirme l'existence d'un cancer de l'estomac.

OBSERVATION VII

(CAPELLE. — *Ibidem.*)

K., 34 ans, se plaint depuis deux ans de violentes douleurs épigastriques, se produisant après les repas et se répétant tous les jours. Hernie épigastrique réductible. Pas de rétention stomacale, HCl, pas d'acide lactique. A l'opération, on trouve des adhérences assez grêles sur le pylore et le duodénum. Adhérences à la pointe de l'appendice. On libère toutes ces adhérences et on ferme la paroi par trois plans de suture. Suites opératoires excellentes. Six mois après l'opération, l'état du malade reste parfait et cet homme peut se livrer sans gêne à des travaux pénibles.

### OBSERVATION VIII

(SOPER. — *New-York Medical-Journal*, 1910.)

F., 44 ans, souffre depuis quatorze ans de troubles gastriques très marquée : douleurs, vomissements. On trouve une hernie épigastrique irréductible et fort douloureuse. Les troubles digestifs sont arrivés à leur paroxysme ces temps derniers et le moindre écart de régime les aggrave. On fait le diagnostic d'ulcère gastrique sous-jacent à la hernie. Ce diagnostic est confirmé par l'opération, qui montre un ulcère au niveau du milieu de la petite courbure, sur la paroi antérieure. La hernie ne contenait que de la graisse et de l'épiploon. Depuis l'opération, le malade va bien et ne présente plus le moindre symptôme morbide : ni douleurs, ni vomissements.

### OBSERVATION IX

(In thèse de Le Page.)

M. C., 35 ans, souffre de crises gastriques continuelles depuis cinq ans et demi. Les vomissements sont bilieux, alimentaires et d'une abondance extrême. Fréquentes éructations gazeuses. Depuis cinq ans, le malade a tout essayé comme traitement. Le médecin du malade diagnostique une hernie épigastrique et conseille l'intervention, qui est pratiquée par Borally. On trouve une hernie épiploïque très adhérente. Résection de 6 centimètres d'épiploon et du sac herniaire. Pendant quelques jours, tout va bien. Mais quinze jours après l'opération, les troubles reparaissent sous forme de vomissements alimentaires et de crises douloureuses, et continuent comme par le passé. Ce malade a été revu par MM. les professeurs Potain et Peter « qui n'ont pu établir positivement le diagnostic ». Le malade est mort au milieu des plus vives souffrances.

L'autopsie n'a pas été faite, mais il est probable que si elle eût été pratiquée, on aurait trouvé quelque lésion organique sous-jacente pour expliquer les troubles présentés par ce malade qu'une simple cure radicale n'avait pas amélioré.

---

## CONCLUSIONS

---

I. — La pathogénie des troubles digestifs observés au cours des hernies épigastriques est multiple : on doit faire jouer un rôle à la fois aux adhérences épiploïques, aux réflexes partis du testicule herniaire et aussi, pour une bonne part, aux lésions gastriques sous-jacentes.

II. — Les lésions organiques de l'estomac, dans les hernies épigastriques, sont plus fréquentes qu'on ne l'avait cru jusque-là.

Elles existent environ dans un tiers des cas.

III. — Il faut voir dans cette constatation autre chose qu'une simple coïncidence et l'on doit faire intervenir ces lésions gastriques pour expliquer les troubles fonctionnels observés chez les malades.

IV. — En conséquence, dans toute hernie épigastrique avec troubles digestifs, il faudra suspecter une lésion gastrique sous-jacente et toujours en rechercher l'existence par une laparotomie pratiquée au moment de la cure radicale.

Vu :

*Le Doyen,*

L. HUGOUNENQ.

Vu :

*Le Président de la Thèse.*

A. PONCET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 28 novembre 1911.

*Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,*

P. JOUBIN.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- BÉRARD et LERICHE. — Des troubles digestifs dans les hernies épigastriques. (Lyon Médical, 16 avril 1911.)
- BERGER. — *In* Traité de chirurgie Duplan et Reclus.
- CALVOS. — Revista di clini med., 1902.
- CAPELLE. — Résultats éloignés des opérations pour hernie épigastrique. (Bertraze zur Klini. Chirurg., juin 1909, p. 264.)
- CLERICI. — Congrès de méd. interne de Milan, 1909.
- CHAILLLOUX. — Etude sur la hernie épigastrique et son traitement. (Thèse de Paris, 1893-94.)
- GARENGEOT. — Mémoires à l'Académie de chirurgie, 1743, t. 1, p. 705.
- JABOULAY et PATEL. — *In* Traité de chirurgie Devitre et Delbet.
- LANOUE et POISSON. — Hernie épigastrique et ulcère. (Gazette Médicale de Nantes, 18 décembre 1907.)
- LEBŒUF. — Thèse de Paris, 1897.
- LEMIÈRE. — Dyspepsie et hernie épigastrique. (Thèse de Paris, 1905.)
- LE PAGE. — Thèse de Paris, 1888.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Traité de la cure radicale des hernies.
- ROCHARD. — Les hernies. Bibliothèque de chirurgie contemporaine.
- SOPER. — New-York, med. Journ., août 1910.
- TRIPPIER et PAVIOT. — Semaine médicale, 1909.
- VASSEL. — Thèse de Lyon, 1908-1909.
- VERNET. — Thèse de Paris, 1891.
- WITZEL. — Samml. Klin. vorträge, 1890.



